

Hanfried Helmchen

## Das Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen Individualisierung und Standardisierung\*

(Akademievorlesung am 4. Dezember 2003)

Jüngst wurden von verschiedenen Kommissionen weitgehende Vorschläge zur notwendigen Reform unseres Gesundheitssystems vorgelegt. Dabei stehen die ökonomischen wie sozialen Voraussetzungen und Folgen der erforderlichen Veränderungen ganz im Vordergrund, während die Medizin selbst als für Qualität und Kosten entscheidender Faktor medizinischer Leistungen gar nicht zu Wort kommt. Insbesondere bleibt undiskutiert, welche Auswirkungen die Veränderung des Gesundheitssystems auf die Medizin und – spezifischer – auf die Praxis der medizinischen Versorgung haben wird. Deshalb soll hier untersucht werden, welchen Einflüssen das Arzt-Patienten-Verhältnis als ein zentraler Ort der medizinischen Praxis unterliegt, vor allem, inwieweit der säkulare – und durch die kommenden Veränderungen gewiß weiter zunehmende – Trend zur Standardisierung medizinischer Abläufe und Ergebnisse der tradierten Bemühung des Arztes entgegensteht, der Individualität jedes seiner Patienten gerecht zu werden.

Ich werde zunächst das Arzt-Patienten-Verhältnis (1) skizzieren, dann einige seiner Komponenten aus der Perspektive der Individualisierung (2) sowie anschließend aus der Perspektive der Standardisierung (3) besprechen und am Ende zusammenfassend einige Schlüsse ziehen (4).

---

\* Das Manuskript basiert auf Arbeiten der interdisziplinären Arbeitsgruppe *Gesundheitsstandards* der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften: Gethmann, Carl Friedrich et al.: *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin: Akademie Verlag, 2004. Siehe auch Helmchen, Hanfried: *Das Arzt-Patienten-Verhältnis: Zwischen Individualisierung und Standardisierung*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005), C 700 (Langfassung, elektronisch über [www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503](http://www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503)).

### *1 Arzt-Patienten-Verhältnis*

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist primär eine Beziehung zwischen zwei Individuen. Es ist aber keine x-beliebige, sondern eine spezifische Beziehung: das Arzt-Patienten-Verhältnis ist der Ort, an dem einerseits der Patient seine Beschwerden dem Arzt berichtet und auch zeigt, und andererseits der Arzt das Leiden des Patienten in sein medizinisches Wissen übersetzt und zu einer Diagnose macht. Mit dem Schlüssel der Diagnose gewinnt der Arzt Zugang zum Stand des wissenschaftlich gesicherten Wissens. Dieses Wissen über Krankheit setzt der Arzt dann in die Behandlung des Patienten, in dessen individuelles Kranksein um. Die Empfehlungen des Arztes können vom Patienten angenommen, verändert oder abgelehnt werden. So konstituiert sich im Arzt-Patienten-Verhältnis eine asymmetrische Beziehung zwischen dem Patienten als Experten für sein individuelles Kranksein und dem Arzt als Experten für das Wissen über die Krankheit (und die Erfahrung mit vielen Kranken). Damit ist das Arzt-Patienten-Verhältnis gekennzeichnet durch ein unauflösbares Spannungsverhältnis: zum einen werden Eigenheiten und Erfahrungen beider Individuen, des Patienten wie auch des Arztes, unvermeidlich wirksam und im notwendigen Eingehen aufeinander auch wirksam gemacht; die Beziehung zwischen Patient und Arzt ist also individuell und wird individualisiert. Zum anderen folgt die Umsetzung gesicherten Wissens auf den einzelnen Patienten bestimmten Regeln, die kontinuierlich differenziert und vermehrt werden; sie standardisieren die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Das Verhältnis zwischen Individualisierung und Standardisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses unterliegt ständiger Spannung, die oft als ein Gegenüber erlebt wird.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis schwebt nun nicht im luftleeren Raum. Vielmehr ist es eingebettet in ein sich derzeit rapide veränderndes gesellschaftliches Umfeld. Dementsprechend ist auch das Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel begriffen. Es ist auf dem Wege von einem paternalistisch-fürsorglichen Verhältnis zu einem als partnerschaftlich charakterisierten Verhältnis. Damit soll vor allem zum Ausdruck gebracht werden, daß die Partner in diesem dualen Verhältnis einander als selbstverantwortlich handelnde Subjekte ernst nehmen, also der Arzt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten respektiert und der Patient Wissen und Erfahrung des Arztes sowie dessen dadurch begründete Verantwortung achtet. Diese Veränderung findet nicht nur subjektiv im Bewußtsein der Beteiligten statt, sondern führt auch zu einer zunehmend normativen Standardisierung dieser Beziehung, wie sie sich vor allem in einer immer differenzierteren Judikatur niederschlägt.

Gründe für diesen Wandel liegen sowohl allgemein im derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklungsstand wie auch speziell in der Medizin selbst. Zu nennen sind insbesondere:

1. Die gesellschaftliche Sensibilität für allgemeine Menschen- und Bürgerrechte ist gestiegen, das aufgeklärte und selbstbestimmte Individuum als Zielvorstellung gesellschaftlich etabliert. Mit dem Erfordernis einer zureichenden Aufklärung als

Voraussetzung einer expliziten und gültigen Einwilligung („informed consent“) wird die Person als Subjekt in der Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt oder – wie manche meinen – gar „wieder eingeführt“.

2. Die moderne Medizin stellt eine zunehmende Zahl von Behandlungen zur Verfügung, oft sogar mehrere für die gleiche Erkrankung, aber mit unterschiedlichen Profilen von Wirksamkeit wie auch von möglichen Risiken und Belastungen. Die Nutzen-Risiko-Abwägung gewinnt somit an Bedeutung. Sie wird zugleich schwieriger, weil einerseits die Sachverhalte komplizierter werden, andererseits der Patient differenziert aufgeklärt werden soll und dies zunehmend auch will.
3. Die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin hat zu sehr erfolgreichen Behandlungen akuter lebensbedrohlicher Krankheiten geführt. Aber nicht immer wird eine vollkommene Wiederherstellung der Gesundheit erreicht. Eine Folge ist, daß sich die Medizin mehr und mehr auf unvollständige Heilungen, residuale Behinderungen, chronische Krankheiten, und das heißt auf Langzeitbehandlungen konzentrieren muß. Gegenüber der lebensrettend-kurativen Perspektive werden damit die rehabilitative und palliative, das heißt die langfristige und die begleitende Perspektive wichtiger.
4. Demgegenüber machen Verwissenschaftlichung, Technifizierung und Ökonomisierung die Medizin für den Patienten zu einer fremden, nicht selten undurchschaubaren Welt und produzieren ein oft unbefriedigtes Bedürfnis nach persönlicher, individueller und menschlicher Kommunikation zwischen Patient und Arzt.

Auch verändern sich die unterschiedlichen Rollen, Aufgaben und Erwartungen beider Partner. So wandelt sich die Rolle des Kranken in den Institutionen der Medizin von einem Leidenden (der er immer auch bleibt), eben einem *Patienten*, zu einem *Klienten* – derzeit vor allem bei nicht-ärztlichen „Anbietern“ von „Gesundheitsleistungen“ – oder gar in der Sichtweise von ausschließlich betriebswirtschaftlich denkenden Krankenhausverwaltungen zum *Kunden*. Und auch der Arzt ist nicht mehr nur Partner seines Patienten, sondern als angestellter Mitarbeiter von Institutionen auch Partner von Verwaltungen mit den daraus resultierenden Abhängigkeiten und Belastungen, oder als niedergelassener Arzt auch selbständiger Unternehmer mit allen damit verbundenen ökonomischen Zwängen. Es ist offen, wie sich diese Abhängigkeiten in Zukunft auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirken. Klar ist aber bereits jetzt, daß diese Abhängigkeiten ebenfalls mit zunehmender Standardisierung verbunden sind, man denke nur an ökonomisch bedingte Standardisierungen wie Fallpauschalen oder Budgetdeckelungen oder an Standardisierungen, die sich aus Arbeitszeitregelungen zwangsläufig ergeben.

Nach dieser skizzenhaften Exposition zur Struktur des Arzt-Patienten-Verhältnisses und seines Kontextes will ich nun näher auf dessen einzelne Komponenten eingehen, um verständlich zu machen, daß und inwieweit nicht nur Individualisierung notwendig und Standardisierung unvermeidlich ist, sondern auch, daß sie einander benötigen: denn die mit der Individualisierung auch verbundenen Risiken unreflektierter Subjektivität, unverbindlicher Beliebigkeit, unzureichender Qualität und unangemes-

sener Kosten sollen durch qualitätssichernde Standards kontrolliert werden, ebenso wie umgekehrt auch Standards, deren Rigidität und Orientierung am „Typischen“ den Besonderheiten des individuellen Falles nicht gerecht werden können, durch Individualisierung optimiert werden müssen.

## *2 Individualisierung*

Ich sagte bereits, daß das Arzt-Patienten-Verhältnis die Beziehung zwischen zwei Individuen ist. Dementsprechend will ich zunächst auf die Individualität von Patient und Arzt eingehen. Individualisierung will ich an vier Aspekten der Kommunikation zwischen Patient und Arzt verdeutlichen: 1) der Struktur des diagnostischen Gespräches, 2) den Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Sprache, 3) den erforderlichen kommunikativen Fähigkeiten sowie 4) den persönlichen Einstellungen und Haltungen.

### *2.1 Die Struktur des diagnostischen Gespräches*

In der Begegnung zwischen Patient und Arzt, insbesondere in der ersten Begegnung, berichtet der Patient seine Beschwerden und deren Entwicklung in der ihm eigenen Weise. Im weiteren Verlauf dieses diagnostischen Gespräches wird der Arzt das Gespräch immer stärker strukturieren, um das Symptombild einer vermuteten Krankheit systematisch zu erfassen. Der zunächst offene, das heißt ganz von der Individualität des Patienten geprägte Charakter des Gespräches wird zunehmend durch das Regelwissen des Arztes in einer mehr oder weniger standardisierten Weise bestimmt. Engt der Arzt die individuelle Beschwerdeschilderung zu früh durch diese Standardisierung des Gespräches ein, könnte er diagnostische Hinweise auf die Krankheit oder therapeutisch wichtige Anhaltspunkte für die Einbettung der Krankheit in das individuelle Kranksein dieses Patienten übersehen. Ebenso aber könnte er die richtige Diagnose verfehlen, wenn er auf die systematische Komplettierung der Exploration verzichtet. Das richtige Verhältnis zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung des Patienten und standardisierter Exploration durch den Arzt wird durch individuelle Unterschiede der Offenheit, Gesprächsfähigkeit und Erfahrung von Patient wie Arzt, vor allem aber auch durch die Arbeitsbedingungen des Arztes beeinflusst: unter Zeitnot und in Hektik ist ein ergiebiges Gespräch nicht möglich.

Die heute weit reichenden technischen Möglichkeiten einschließlich von standardisierten Verfahren zur Diagnose einer Krankheit mögen dem jungen Arzt manchmal ein richtiges Gespräch mit dem Patienten überflüssig erscheinen lassen, und für die Diagnostik mancher akuter Erkrankungen ist dies auch weder immer möglich noch notwendig. Bei länger dauernden oder gar chronisch gewordenen Krankheiten sind weitergehende Gespräche jedoch unverzichtbar, wenn der Arzt nicht nur eine Krank-

heitsdiagnose stellen, sondern auch das individuell geprägte und in einen bestimmten Kontext eingebundene Kranksein des Patienten – als Voraussetzung einer angemessenen Behandlung – erfassen, verstehen und vor allem den Patienten bei der Überwindung seines Krankseins unterstützen will.

## *2.2 Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Sprache*

Ein zentraler Aspekt der Kommunikation ist die Sprache. Selbst wenn Patient und Arzt die selbe Muttersprache haben, sprechen sie miteinander doch verschiedene Sprachen, oder gebrauchen doch zumindest verschiedene Aspekte von Sprache: der Patient die Sprache des Krankseins, des Leidenden, des „Pathischen“, des Individuellen, und zwar in den Ausdrucksmöglichkeiten der Alltagssprache – der Arzt die Sprache der Krankheit, des „Ontischen“, der Regelmäßigkeit, wie sie in einer standardisierten Wissenschaftssprache Ausdruck findet. Beide sind in diesen jeweiligen Hinsichten Experten. Aber verstehen sie einander?

Der *Patient* versucht, dem Arzt seine Beschwerden mitzuteilen – im Verhalten, etwa der Gebärde, und vor allem mit Sprache, also Wörtern. Auf dem Weg von dem, was der Kranke unmittelbar erlebt, bis zu dem, was der Arzt zu hören bekommt, unterliegen die vom Patienten dazu benutzten Wörter vielfältigen Einflüssen. Für die neuartige, bisher nicht erfahrene Qualität unangenehmer körperlicher oder seelischer Erlebnisse muß der Patient Wörter finden, die dieser Erfahrung möglichst nahe kommen. So berichten Patienten gelegentlich von „Schmerzen“, die sie aber kaum näher beschreiben können. Fragt der Arzt sie, ob dagegen Schmerzmittel helfen würden, verneint dies der Patient, manchmal sogar erstaunt. Näheres Nachfragen macht deutlich, daß der Patient damit eine ihm bisher unbekannte unangenehme oder quälende leibliche Empfindung meint, für die er nur keinen angemessenen Ausdruck finden konnte. Dies fällt ihm gewiß schwerer, wenn er über einen nur geringen Wortschatz verfügt (vom Ausdruck in einer fremden Sprache ganz zu schweigen) oder wenn er über nur geringe Fähigkeiten verfügt, in sich selbst hineinzuspüren und auseinander zu halten, was die Krankheit macht und was er dazu meint. Mancher Patient möchte dies auch gar nicht, zumal, wenn er gerade erkrankt und noch unerfahren im Umgang mit dem Leiden ist. Er kommt als Laie mit einem Problem zum Experten, das dieser für ihn lösen soll. Er unterstellt implizit, daß seine Gedanken und Gefühle, seine Privatangelegenheiten den Arzt nicht zu interessieren hätten, vielleicht nur von der Erkennung der Krankheit ablenken würden. Das schließt allerdings nicht aus, daß seine Befürchtungen oder seine Vorstellungen von seiner Krankheit das Gesagte beeinflussen können. Auch der Eindruck, den der Arzt und die Untersuchungssituation auf ihn machen, steuert sein Äußerungen. Erlebt er den Arzt als „Körperarzt“, wird er sich vielleicht nur auf körperliche Beschwerden beschränken und seelische Bedrückung gar nicht zur Sprache bringen. Zeitnot des Arztes (volles Wartezimmer, straffe Organisation, Tempo, Notfälle, Handy) wird den Patienten möglicherweise veranlassen, nur Weniges und nicht einmal das Wichtigste zu sagen. Somit wird das,

was der Patient tatsächlich erlebt und was er dazu meint, oft nicht ausgesprochen oder in unzutreffenden, mehrdeutigen oder gar irreführenden Wörtern ausgedrückt. Der *Arzt* versucht, aus den Angaben des Patienten die den Beschwerden zugrunde liegende Krankheit zu erkennen. Dabei lassen bereits die ersten Eindrücke des Gehörten (und Beobachteten) eine Krankheitsvermutung entstehen, in deren Konzept der Arzt die weiteren Angaben und Befunde des Patienten einordnet. Dies ist ein auch an Sprache gebundener Prozeß, in dem der jeweilige medizinische oder alltägliche Bedeutungshof der benutzten Wörter durchaus Einfluß auf die weitere Diagnostik entfalten kann. Seine Schwierigkeiten werden vom Arzt dadurch realisiert, daß er seine Krankheitsvermutung zunächst nur als weiter zu prüfende Arbeitshypothese versteht. Darüber hinaus könnte es für den Patienten hilfreich sein, wenn der Arzt auch seine eigenen, durch den Patienten in ihm angestoßenen Empfindungen und Gedanken verbalisieren würde. Denn ein möglicher Weg, der Erlebenswahrheit des Patienten nahe zu kommen und ihn wirklich zu verstehen, besteht in dem Versuch, diese durch Einfühlung in den Patienten hervorgerufenen empathischen Erlebnisse in Worte zu fassen und damit dem Patienten zu helfen, möglichst zutreffende Wörter für dessen eigene Empfindungen und Krankheitserlebnisse zu finden. Klar ist, daß dies in einer Sprache mitgeteilt werden muß, die nicht nur frei von „fachchinesischen“ Ausdrücken ist, sondern „auf Augenhöhe“ des Patienten spielt, also vom Patienten tatsächlich verstanden werden kann. Fühlt sich der Patient so verstanden, ist ein Grund für das notwendige Vertrauensverhältnis gelegt. Eine Hauptklage von Patienten, nicht genügend aufgeklärt worden zu sein, meint ja oft nicht nur mangelnde Information, sondern, daß der Arzt mit ihnen nicht genug gesprochen, also sie nicht verstanden habe. Diese Klage verwundert kaum angesichts der Tatsache, daß Ärzte heute meist unter großer Zeitnot arbeiten müssen, oder aber auch, weil manche Ärzte in der Gesprächsführung und gar in der Mitteilung von „schlechten“ Nachrichten nicht besonders geübt sind, und deshalb manchmal auch „Fachchinesisch“ oder Zeitnot als Schutzschild vor sich stellen.

Im Gegensatz zum *Klinikerarzt*, der den Patienten bei den heutigen Liegedauern von fünf bis zehn Tagen nur wenige Male sehen kann, hat der *Hausarzt* oft die Möglichkeit, den Patienten nicht nur länger kennen zu lernen, sondern vor allem auch den Kontext seiner Sprache, „sein Milieu“, Familie und soziale Struktur des Wohnquartiers („Kiez“). Hier kann der Arzt eher verstehen, welchen Aspekt aus dem Assoziationshalo eines Wortes der lebensnahen Alltagssprache der Patient meint. Dies gilt gerade für Menschen mit leichteren oder langdauernden, immer wiederkehrenden oder residualen Krankheitszuständen, die sich vorzugsweise in der Klientel des niedergelassenen Arztes finden. Allerdings steht der Zugänglichkeit dieser Krankheiten entgegen, daß man die gelegentlich dicken Erfahrungsschichten über dem Kern der Krankheit kaum noch durchdringen kann. Denn in den Schilderungen der Patienten als Experten der eigenen Krankheit kommen nicht nur die unmittelbaren Erlebnisse der Krankheit und des Krankseins, sondern auch die meist zahlreichen Erfahrungen mit Ärzten und vielfältigem Personal medizinischer Einrichtungen und

ein – heute zunehmend auch mit Hilfe der Medien bis zum Internet und mit angelesenen und auch mißverstandenen Fachausdrücken durchdrungenes – selbst entwickeltes Krankheitskonzept zur Geltung. Dieser lebensnahen, aber mehrdeutigen Alltagssprache des Patienten steht die zunehmende Begriffsgenauigkeit der ärztlichen Sprache gegenüber, deren Wörter als Wörter einer Wissenschaftssprache zwar relativ eindeutig und damit für das Verständnis unter Ärzten unverzichtbar, aber doch auch oft zu arm sind, um die Komplexität und Vieldeutigkeit konkreter Phänomene der Wirklichkeit immer angemessen erfassen zu können. Übrigens wird auch hier in dem Verhältnis beider Sprachen zueinander das Spannungsverhältnis zwischen individueller Lebensnähe und standardisiertem Regelwissen deutlich. Diese Verwissenschaftlichung der Sprache mit Schrumpfung der semantischen Höfe ist wohl eingebettet in eine allgemeinere Entwicklung des Säculums, die durch einen Wandel von Qualitäten in Quantitäten charakterisiert ist und von Gottfried Benn mit der Metapher der „progressiven Cerebralisation“ belegt wurde.

### *2.3 Die kommunikativen Fähigkeiten*

Gelingende Kommunikation hängt nicht nur vom Patienten, sondern auch vom Arzt ab, speziell von dessen Fähigkeit, eine Atmosphäre von Offenheit und Vertrauen zu schaffen. Nur so wird er neben relevanten Tatsachen auch implizierte Werte für den Patienten wie für sich selbst klären können. Auf dieser Grundlage soll der Arzt das notwendige Wissen dem Patienten so vermitteln, daß dieser es verstehen und für seine eigene Entscheidung hinsichtlich der vorgeschlagenen Maßnahmen nutzen kann; gelingt dem Arzt das, wird er den Patienten auch zur Mitarbeit motivieren können. In gleicher Weise ist das kommunikative Verhalten des Arztes, das heißt das durch empathisches Verstehen, emotionale Unterstützung und Hilfsbereitschaft charakterisierte sogenannte therapeutische Basisverhalten grundlegende Variable auch der Behandlung. Dementsprechend besteht Kommunikation zwischen Patient und Arzt keineswegs nur im Austausch von Informationen über krankheitsbezogene Fakten, sondern ebenso auch über persönliche Interessen, Wünsche und Wertvorstellungen. Letzteres ist bedeutsam, denn gerade darin kommt die Individualität des Patienten zum Ausdruck und der Arzt respektiert den Patienten, indem er dessen Erfahrungen, Überzeugungen und Haltungen als wesentliche Komponenten seines individuellen Personseins ernst nimmt. Letztlich kann er mit dieser Kenntnis seine Beratung für die Entscheidungen des Patienten wirksam machen.

Kommunikation ist also ein interpersonaler Prozeß zum Austausch von Information auf der kognitiven ebenso wie auf der affektiven Ebene. Wie erwähnt, sind dabei Empathie und Motivation von Bedeutung. Deshalb will ich darauf noch etwas näher eingehen.

*Empathie* ist eine sowohl individuell vorgegebene wie auch trainierbare Fähigkeit. Sie läßt den Arzt den Zustand des Patienten und den Patienten Mitgefühl und Einsatzbereitschaft des Arztes fühlen. Die damit intendierte Offenheit kann jedoch durch

unerkannte oder unkontrollierte, sehr individuell bestimmte Prozesse der Übertragung, also der unbewußten Projektion eigener Gefühlserfahrungen auf das Gegenüber, ebenso beeinträchtigt werden wie durch die Standardisierung des Zuganges zum Patienten mittels Objektivierung, Systematisierung und Operationalisierung der Beobachtung, Beschreibung und Bewertung von Symptomen und Beschwerden des Patienten. Es ist das Ziel, ein Gleichgewicht zwischen der spontanen Individualität des Arztes und seines Engagements für den Patienten auf der einen Seite und der Kontrolle ihrer Verzerrungen durch Gegenübertragung oder kulturgebundenen Verhalten auf der anderen Seite zu finden. Der amerikanische Medizinkritiker Jay Katz hat dies mit der Frage ausgedrückt: „Wie persönlich kann die Arzt-Patient-Beziehung werden, und wie unpersönlich muß sie bleiben?“

*Motivation* zielt darauf, den Patienten für das zu gewinnen, was der Arzt als in dessen bestem Interesse liegend ansieht. Diese Intention folgt der tradierten paternalistischen „Vater-Rolle“ des Arztes. Sie enthält jedoch das Risiko, die Grenze von der Motivation zur Manipulation zu überschreiten. Die dazu gegensätzliche „Kaufmanns-Rolle“, bei der der Arzt sein Wissen und seine Fähigkeiten an einen als selbstbestimmt angenommenen Klienten nur anbietet bzw. „verkauft“, enthält jedoch die Gefahr des Rückzuges aus der ärztlichen Verantwortung. Heute wird die „Partner-Rolle“ bevorzugt, in welcher der Arzt mit dem Patienten in einer gleichwertigen, auf wechselseitigem Respekt basierenden Beziehung arbeitet. Aber auch dieses Konzept wirft Fragen auf, wie etwa: Versteht der Arzt den Patienten so, daß er wirklich weiß, was der Patient als in seinem Interesse liegend ansieht? Versteht der Patient wirklich, was der Arzt ihm als in seinem besten Interesse liegend erklärt hat?

Der Arzt steht also vor der Aufgabe, die Wünsche des Patienten mit dem in Übereinstimmung zu bringen, was nach seiner Überzeugung im besten Interesse des Patienten liegt. Der erfahrene Arzt weiß, daß er im Bewußtsein der genannten Risiken den Patienten oft nur dann wirksam motivieren kann, wenn er angesichts komplexer Probleme des einzelnen Patienten persönlich Position bezieht, auch wenn diese fehlbar sein kann. Weiter ist zu wissen wichtig, daß auch die Definition des besten Interesses des Patienten sich unter dem Einfluß des Zeitgeistes ändert: beispielsweise ist heute an die Stelle des Patientenwohles (*salus*) der Patientenwille (*voluntas*) als oberstes Gesetz (*suprema lex*) getreten. Die Berücksichtigung solcher individuellen Besonderheiten kann zu erheblichen Abweichungen vom Standard führen, der eben nur für den „typischen“ Patienten, den Fall, gilt.

#### *2.4 Persönliche Einstellungen und Haltungen*

Die vielfältigen Aufgaben des Arztes erfordern unterschiedliche Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit dem Patienten. Die Erkennung und Behandlung akuter und insbesondere lebensbedrohender Erkrankungen erfordert eine krankheitsorientierte Ausbildung des Arztes, der eine vorwiegend *objektivierend-*

*distanzierende* Haltung entspricht. Mit zunehmender Dauer der Krankheit wird die Auseinandersetzung des Kranken mit seiner Krankheit und seinem krankheitsbedingten Schicksal, also sein Kranksein, bedeutsamer und erfordert eine stärker patientenorientierte, das heißt auf die Lebensperspektive und -Situation des Patienten hin orientierte Haltung, die in *kommunikativ-dialogischen* Fähigkeiten zum Ausdruck kommt. Patientenorientierung steht erst recht im Vordergrund, wenn es um die Kompensation oder Überwindung von Residualzuständen, also um Rehabilitation, oder um die Linderung von nicht mehr heilbarem Leiden, die Palliation, geht und eine *fürsorglich-begleitende* Haltung gefragt ist. Die verschiedenen Situationen, Stadien des Krankheitsverlaufes und Individualität des Patienten erfordern also die jeweils angemessene Akzentuierung der verschiedenen Haltungen des Arztes. Obwohl diese Haltungen ausbildbar sind, dürfte doch klar sein, daß die Individualität des Arztes auch in einem unterschiedlichen Vermögen für diese Haltungen und für ihre je nach Situation wünschenswerte Akzentuierung zum Ausdruck kommt. Ebenso wird der eine Patient eher mit der einen Akzentuierung ärztlicher Haltung, ein anderer Patient eher mit einer anderen Akzentuierung der Arztpersönlichkeit zu recht kommen. Dabei werden auch Einstellungen des Patienten wirksam, in die sehr individuelle Erfahrungen, aber auch über den Zeitgeist transportierte Vorurteile, ebenso eingehen wie Sympathien und Antipathien.

### 3 Standardisierung

Nun will ich das Arzt-Patienten-Verhältnis aus der Perspektive der Standardisierung beleuchten. Ich beginne mit einer allgemeinen Definition von Standards. Da sie ziemlich abstrakt ist, will ich sie an drei Beispielen erläutern. Anschließend werde ich kurz auf Kriterien, Bewertungsdimensionen und Probleme von Standards in der ärztlichen Praxis eingehen.

#### 3.1 Ziele und Zwecke

Ziele des Gesundheitswesens sind die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sowie die Verhinderung und Verminderung von Krankheit und Krankheitsfolgen. Diesen Zielen dienende Interventionen werden durch medizinische Standards konkretisiert und durch Leitlinien detailliert und aktualisiert. Hauptzweck der von medizinischen Standards geforderten Leitlinien ist Sicherung von Rationalität, Transparenz und Vergleichbarkeit medizinischer Interventionen. Durch Optimierung des Einsatzes begrenzter Mittel dienen sie auch der Gerechtigkeit. Standards sollen die Qualität der *Gewinnung* medizinischen Wissens, der *Bewertung* seiner Sicherheit und vor allem seiner *Umsetzung* für den einzelnen Kranken sichern und

kontrollieren. Letztendlich geht es immer um die Qualität des Ergebnisses einer Intervention, die an dem aktuellen Stand des wissenschaftlich gesicherten Wissens gemessen wird und in erster Linie an die Qualität des Verfahrens gebunden ist. Qualitätssicherung ist also vor allem auch Sicherung prozeduraler Qualität. Sie sucht in der Regel mittels Standardisierung sicher zu stellen, daß jeweils das aktuelle und gesicherte Wissen angewandt wird, so wie es mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad in Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen festgehalten wird. Standards sollen den Einfluß der eingangs beschriebenen individuellen Eigenheiten des Arztes auf sein Handeln kontrollieren und tun dies gewiß auch. Gleichwohl wird ihre Realisierung durch eben diese individuellen Besonderheiten des Arztes im Einzelfall auch modifiziert; und sie muß modifiziert werden, wenn es individuelle Besonderheiten des Patienten oder seiner Krankheit erfordern. Nicht zuletzt wird die Geltung der Standards durch die Selbstbestimmung des Patienten begrenzt.

### 3.2 Beispiele

Mit drei Beispielen – der *Gewinnung* medizinischen Wissens durch Forschung mit Patienten, der *Bewertung* seiner Sicherheit durch Evidenzbasierung und vor allem der *Umsetzung* medizinischen Wissens in die Standardversorgung des einzelnen Kranken – will ich verdeutlichen, was Standards konkret bedeuten, wie sie entstehen und welche Folgen sie für patientenorientiertes ärztliches Handeln haben.

#### 3.2.1 Standardisierung der Gewinnung medizinischen Wissens in der Forschung mit Patienten

Standardisierung der Forschung zielt auf Eindeutigkeit und Reproduzierbarkeit ihrer Ergebnisse. Sie hat zu der heute erreichten Qualität von Forschungsergebnissen geführt. So wird – um dies am Beispiel einer vergleichenden Therapieprüfung zu veranschaulichen – die Gleichartigkeit (Homogenität) der Patienten in der Untersuchungsstichprobe durch Ein- und Ausschlußkriterien festgelegt, werden objektive Einflüsse auf die Wirksamkeit der zu prüfenden Therapie durch Zufallszuteilung (Randomisierung) der Patienten zu einer der Behandlungsgruppen (z. B. Prüfmedikament, Standardmedikament) und subjektive Einflüsse durch Placebo- und Doppelblindtechnik kontrolliert. Je stärker solche Standardisierung ausgeprägt ist, um so stärker stößt sie an Grenzen durch die Individualität der einbezogenen Patienten. Überschreitet sie diese Grenzen, verfehlt sie ihr Ziel. Was bedeutet das konkret? Die Standardisierung der Durchführung eines Forschungsvorhabens engt die Möglichkeiten des behandelnden Arztes oft mehr oder weniger ein, auf die individuellen Besonderheiten des einbezogenen Patienten eingehen zu können. So ist – um beim Beispiel der Prüfung eines neuen Therapieverfahrens zu bleiben – die Zusatzbehandlung einer individuell besonderen Ausprägung der Krankheit nicht oder nur in einem

definierten Rahmen und dann oft auch nur in standardisierter Form möglich. Hält der behandelnde Arzt eine Zusatzbehandlung für erforderlich, den dafür vorgegebenen Standard aber nicht für ausreichend, muß er den Patienten aus der Studie nehmen. Hält er hingegen die Zusatzbehandlung, zum Beispiel ein Schlafmittel, nur für wünschenswert, kann er versuchen, den Patienten dafür zu gewinnen, unter Inkaufnahme eines vorübergehend schlechteren Schlafes auf das Schlafmittel zu verzichten. Es wird damit deutlich, daß hier die Standardisierung ihre Grenze an so individuell geprägten Gegebenheiten findet wie einerseits der Motivation und Fähigkeit des Arztes, den Patienten für die Akzeptanz einer vielleicht unteroptimalen Zusatzbehandlung zu gewinnen, und andererseits der Belastbarkeit des Patienten und seiner Bereitschaft, an dem Forschungsvorhaben weiter teilzunehmen.

Engt die Standardisierung den Raum für die Berücksichtigung individueller Besonderheiten zu sehr ein und bedingt damit eine hohe Ausfall(drop-out)-Rate, kann dies die Studiendauer verlängern (um den für ein aussagefähiges Ergebnis erforderlichen Stichprobenumfang zu erreichen). Mit langer Dauer einer Studie wächst jedoch das Risiko, daß methodische Standards nicht mehr eingehalten oder verändert werden, oder gar die Studie abgebrochen wird. Unzureichende Berücksichtigung individueller Besonderheiten durch zu hohe Standards der Studiendurchführung kann über drop-outs dazu führen, daß die Studie zu gar keinem Ergebnis führt, der Zweck der Standardisierung also gerade nicht erreicht wird. Ganz abgesehen von dem ethischen Problem, daß der ergebnislose Abbruch einer Studie auch bedeutet, daß die bisher in das Forschungsvorhaben einbezogenen Patienten umsonst belastet wurden.

Schließlich führt eine zu starke Standardisierung zu einer Aporie: Während mit zunehmender Standardisierung die Zuverlässigkeit (Reliabilität) eines Forschungsergebnisses steigt, nimmt die Reichweite seiner Gültigkeit (Validität) ab. Mit anderen Worten: je stärker die Auswahl einer Untersuchungspopulation spezifisch standardisiert und diese Population damit gleichsam immer stärker individualisiert wird, um so weniger lassen sich die mit ihr erzielten Ergebnisse verallgemeinern. Schlußendlich könnte das Ergebnis nur noch für die Untersuchungspopulation selbst gelten.

Dieser Sachverhalt verweist auch darauf, daß unter quasi experimentellen Bedingungen hochgradiger Standardisierung in der Klinik gewonnene Forschungsergebnisse sich unter den unübersehbar vielfältigen, nicht standardisierten und eben an einzelne Individuen gebundenen Bedingungen der Praxis ganz anders darstellen können, zum Beispiel daß die klinisch nachgewiesene Wirksamkeit einer neuen Therapie in der Praxis deutlich geringer ausgeprägt oder gar nicht mehr nachweisbar ist.

### *3.2.2 Standardisierung der Bewertung medizinischen Wissens durch Evidenzbasierung*

Sie hat zwar nicht direkt mit Patienten zu tun, um so mehr aber ihre Folgen, indem diese das ärztliche Handeln standardisieren. Evidenz in der sogenannten Evidenzbasierten Medizin meint das Ergebnis systematischer Bewertung von publizierten

Ergebnissen wissenschaftlicher Studien, also eine rational überprüfte Form des aktuellen wissenschaftlichen Wissens. Dieses anzuwenden ist Pflicht des akademisch ausgebildeten Arztes, nicht nur aus ethischen Gründen, um dem Wohl des Patienten zu dienen und Schaden von ihm fernzuhalten, und auch nicht nur aus forensischen Gründen, wenn *in foro* die Frage eines Kunstfehlers am „Stand des Wissens (der Wissenschaft, der wissenschaftlichen Erkenntnis)“ gemessen wird, sondern auch nach dem geltenden Recht, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dem Arzt die Anwendung nützlicher (und wirtschaftlicher) Verfahren vorschreibt, das Arzneimittelgesetz (AMG) die Zulassung neuer Arzneimittel an die Vorlage beweiskräftiger, eben evidenter klinischer Prüfungsergebnisse bindet und das Psychotherapeutengesetz (PsychTherG) nur wissenschaftlich geprüfte Psychotherapieverfahren anerkennt.

Natürlich hat der Arzt schon immer den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand in seine Entscheidungen mit einbezogen, so wie er ihn sich in seiner Fortbildung durch Lektüre von Lehrbüchern und Zeitschriften oder aus Vorträgen angeeignet hat. Die evidenz-basierte Medizin geht indessen einen Schritt darüber hinaus, indem sie dem Arzt einen repräsentativen Querschnitt des aktuellen Wissens zur Verfügung zu stellen sucht, und zwar in Form von Expertenbewertungen oder systematischen Reviews. Dies erscheint bei der unübersehbaren Zahl publizierter Studien notwendig und mittels der heutigen Datenverarbeitungstechniken auch möglich. Evidenzbasierte Medizin ist jedoch kein Ergebnis, und erst recht kein endgültiges, sondern ein mittels nachvollziehbarer Kriterien standardisierter Prozeß der methodisch rationalen Informationsreduktion und Bewertung von publizierten wissenschaftlichen Studien. Dabei werden nur diejenigen Publikationen als wissenschaftlich gewertet, die definierte methodische Kriterien – wie etwa Zufallszuteilung und Blindtechniken bei Therapiestudien – erfüllen. Solche qualifizierten Untersuchungen liegen allerdings keineswegs für alle Bereiche ärztlicher Interventionen vor. Vor allem aber sind die auf solchen Studien basierenden Standards gesicherten Wissens nur aktuelle Standards, die Veränderungen unterliegen und der ständigen Weiterentwicklung bedürfen.

### *3.2.3 Standardisierung der Umsetzung medizinisch gesicherten Wissens in die Versorgung des einzelnen Patienten*

Das Niveau der Standardisierung medizinischen Alltagshandelns ist beträchtlich und nimmt ständig zu. Es beginnt bereits mit der verwaltungsgemäßen Erfassung der persönlichen und abrechnungsorientierten Daten des Patienten mittels Formular oder Computer-Programm („Maske“) – selbst bei Notfällen. Der Arzt folgt in seiner Diagnostik einer je nach der vom Patienten gezeigten Symptomatik mehr oder weniger stark festgelegten Abfolge von Maßnahmen, einem diagnostischen Algorithmus, und ordnet den erhobenen Befund einer im Diagnosenschema vorgegebenen Diagnose zu. Diese Zuordnung wird durch festgelegte Diagnosekriterien, insbesondere Zahl

und Dauer einzelner Symptome, bestimmt, sie ist also operationalisiert. Viele Behandlungen, so besonders bestimmte operative Eingriffe oder Arzneimittelbehandlungen, folgen präzisen Vorschriften zur Indikation, zur Technik, Applikationsmodus, Dosierung, Behandlungsverlaufskontrolle, Ergebnisbewertung, aber auch zur Kostenbegrenzung, etwa durch Behandlungsdauer und Arzneimittelart, bis hin zu sogenannten Disease-Management-Programmen. Eine Fülle weiterer Standards hat der Arzt einzuhalten, von der inhaltlich inzwischen erheblich spezifizierten Aufklärung des Patienten über Diagnose, Behandlungsziel und -durchführung, Risiken der Behandlung ebenso wie jenen der unbehandelten Krankheit bis hin zu einer Reihe von Dokumentationspflichten. Werden diese für den „typischen“ Patienten und „typische“ Situationen entwickelten Standards nicht im Hinblick auf die individuellen Besonderheiten des einzelnen Patienten modifiziert, können sie ihre Wirksamkeit verlieren. Weitere zu den eingreifenden Rahmenbedingungen zu zählende Standardisierungen sind in Krankenhäusern Fallpauschalen, die gelegentlich aus Kostengründen die medizinisch erforderliche Ausbehandlung eines Patienten nicht zulassen, oder Dienstzeitregelungen, die die wünschenswerte personale Kontinuität des Arztes oder der Schwester für den Patienten frakturieren.

Soweit meine Beispiele, mit denen ich versucht habe, Begründung und Folgen von Standardisierung für das ärztliche Handeln zu veranschaulichen. Nun werde ich wieder etwas abstrakter.

### 3.3 Kriterien

Um festzustellen, inwieweit die eingangs erwähnten Ziele erreicht wurden, bedarf es der Kriterien. Davon gibt es eine Fülle. Sie betreffen beispielsweise den Bereich, in dem ein Verfahren angewandt wird, also etwa die schon erwähnten Ein- und Ausschlußkriterien, die in der *Forschung* die Population bestimmen, die für eine bestimmte Fragestellung zu untersuchen ist, oder die in der *Evidenzbasierung* die Publikationen definieren, die zur Bewertung medizinischen Wissens herangezogen werden, oder die in der *Anwendung* des so gesicherten medizinischen Wissens beim einzelnen Patienten mit dem Indikationsbereich für eine bestimmte Intervention gegeben sind. Kriterien sind auch erforderlich, um zu prüfen, ob bei der Durchführung eines Verfahrens Standards eingehalten wurden, etwa bei einer klinischen *Therapieprüfung* der heutige methodische Goldstandard von Zufallszuteilung (Randomisierung) und Blind- oder Placebo-Technik, oder bei der *Evidenzbasierung* bestimmte Voraussetzungen für Metaanalysen, oder bei der *Umsetzung* des Wissens in Diagnostik und Therapie beim konkreten Patienten, beispielsweise in der Arzneimittelbehandlung eines bestimmten Patienten die Einhaltung des Dosierungsbereiches und der Behandlungstreue (Compliance), mögliche Risikodispositionen, Wechselwirkungen mit Ko-Medikationen und Nebenwirkungsrisiken, und zu allervorderst die Aufklärung des Patienten. Kriterien sind auch notwendig für die Beurteilung des Ergebnisses, in der *Forschung* etwa die innovative Kraft eines Ergebnisses an der

Zahl von Folgeforschungen, in der *Evidenzbasierung* die Effizienz medizinischen Handelns an Morbiditätsraten und Kosten, in der *Patientenbehandlung* das Ausmaß eines Behandlungserfolges an Symptomreduktion bzw. Symptommfreiheit und Verbesserung von Lebensqualität.

Die Beispiele machen deutlich, daß Standardisierung und ihre kriteriologische Bewertung dazu führen, daß qualitative Phänomene mittels Abbildung auf quantitativen Skalen (Parametrisierung) erfaßt sowie Verfahrensschritte und deren Aufeinanderfolge normiert (Algorithmisierung) werden. Diese durch rapide Zunahme medizinischen Wissens und gesellschaftlicher wie ökonomischer Erfordernisse erzwungene Quantifizierung medizinischen Handelns, oder eben – allgemeiner – Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit nach Maß, soll nicht nur die Qualität ärztlichen Handelns heben und nachprüfbarer machen, sondern sie enthält auch Risiken. Diese können etwa darin bestehen, daß sich das notwendige Gleichgewicht zwischen Individualisierung und Standardisierung zu Lasten der Individualisierung verschiebt, dem Patienten ein Standard übergestülpt wird, oder schließlich Ökonomen nur noch das Behandlungsergebnis in Beziehung zu den Kosten setzen, den Arzt letztlich nur noch nach dem Erfolg bezahlen. Aus guten Gründen aber wurde die ärztliche Leistung bisher nicht nach dem Erfolg, also als Werkleistung, sondern nach dem ärztlichen Handeln, also als Dienstleistung bewertet. Diese Gefahren können nur durch Sorgfalt, Kompetenz und individuelle Erfahrung des Arztes in der Umsetzung der prozeduralen Standards in die Behandlung des individuellen Patienten sowie durch dessen Selbstbestimmungsrecht begrenzt werden.

### 3.4 Bewertungsdimensionen von medizinischen Standards

Wesentliche Dimensionen für die Beurteilung der Wirkungen von Interventionen sind Eintrittswahrscheinlichkeit, Erheblichkeit, Behandelbarkeit. Die individuelle Subjektivität dieser Bewertungen soll durch standardisierte Festlegungen begrenzt werden. Sie kommen meist durch Übereinkünfte von Gremien zustande.

Die Eintrittswahrscheinlichkeit betrifft alle Arten von gesundheitsbezogenen Ereignissen wie jeweils definiertes Risiko, Krankheit, Symptome, Testergebnis, Behandlungserfolg, Krankheitsresiduen, Behinderungen (Funktions- und Leistungseinschränkungen) etc. und ist jeweils besonders zu berechnen bzw. abzuschätzen. Kenntnis der probabilistischen Struktur solcher Beurteilungs- und Entscheidungsgrundlagen ist erforderlich. Um es anschaulich zu machen: was würden Sie im konkreten Fall unter einer Erfolgswahrscheinlichkeit von 95 % verstehen? Wie würden Sie diese Erfolgswahrscheinlichkeit gegen das Risiko eines Mißerfolges von 5 % für sich selbst bewerten? Schon anschaulicher wäre die Mitteilung der Wahrscheinlichkeit eines Mißerfolges in 50 von 1.000 Fällen.

Die Erheblichkeit ist für alle gesundheitsbezogenen Ereignisse und Interventionen festzulegen, ist also eine Konvention. Dem zweideutigen Charakter von Gesundheit und Krankheit entsprechend hat sie das subjektive Erleben des Individuums ebenso

wie normative Vorgaben der Gesellschaft zu berücksichtigen. So wurde lange Zeit in Therapiestudien die Verlängerung der Lebensdauer als einziges oder wichtigstes Kriterium des Behandlungserfolges gewertet, während erst neuerdings die für den einzelnen Kranken erreichte Lebensqualität hinzugenommen wird. Oder in Therapiestudien wird der Behandlungserfolg als Reduktion der Symptomatik um mindestens 50 % oder als Erreichung der Symptomfreiheit definiert. Für den objektiven Wirksamkeitsnachweis reicht oft das Kriterium der Symptomreduktion aus, für das subjektive Erleben in der Regel nur Symptomfreiheit. Ein anderes Beispiel ist die Demenz beim Veitstanz (Huntington-Demenz): sie ist für den Kranken von größter Erheblichkeit, für die forschende Pharmaindustrie unter dem Aspekt der Amortisierung der Forschungsinvestitionen jedoch unerheblich, da die Krankheit selten ist. Somit ist es wichtig, immer die jeweilige Perspektive zu reflektieren, aus der die Erheblichkeit eines Ereignisses beurteilt wird; insbesondere gilt dies für die Unterscheidung der Individualperspektive von der Sozialperspektive.

Die Dimension Behandelbarkeit ist von anderer Natur als die beiden vorher genannten, da es hier weniger um Bewertungen, sondern vielmehr um Fakten geht. Hier ist zu unterscheiden, ob ein Behandlungsverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit gegen eine definierte Gesundheitsstörung/Krankheit *prinzipiell vorhanden*, in der jeweiligen Situation *konkret verfügbar* sowie im vorliegenden Fall *individuell anwendbar* ist. So sieht beispielsweise die UNO-Resolution 46/119 von 1991 zum „Schutz psychisch Kranker und Verbesserung der psychiatrischen Versorgung“ die ausreichende Versorgung aller psychisch Kranken mit indizierten therapeutischen Interventionen vor; aber in armen Ländern, zum Beispiel Äthiopien, ist kein Geld für den Import von Neuroleptika, einer Arzneimittelgruppe zur Behandlung schizophrener Erkrankungen, *vorhanden*; in reicheren Ländern sind nebenwirkungsarme atypische Neuroleptika zwar vorhanden, aber aus Budgetgründen nur begrenzt *verfügbar* und im Einzelfall bei Gefahr einer idiosynkratischen Blutbildungsschädigung (Agranulozytose) sind sie nicht *anwendbar*. Ein Beispiel aus dem Bereich der somatischen Medizin ist die Organtransplantation, zum Beispiel die Lebertransplantation. Sie ist als Therapieprinzip bei bestimmten akuten und chronischen Lebererkrankungen wirksam und prinzipiell vorhanden, jedoch ist ihre Verfügbarkeit begrenzt, einmal durch das Fehlen von Einrichtungen mit der notwendigen Expertise zur Organtransplantation, zum anderen durch unzureichende Zahl oder durch rechtliche Beschränkungen der Organspende. Der Standard einer optimalen Bedarfsdeckung für alle findet seine Grenzen also sowohl in regional fehlender Kapazität als auch in individueller Unverträglichkeit.

### 3.5 Entwicklung, Einführung und Anwendung von medizinischen Standards

Krankheitsstandards haben sich im Rahmen des Fortschrittes der wissenschaftlichen Medizin herausgebildet und wurden von verschiedenen Gremien in Leitlinien für Interventionen bei Gesundheitsstörungen und Krankheiten konkretisiert. Erhebliche

Diskussionen über viele dieser Leitlinien verdeutlichen, daß der bisherige Entwicklungsstand der aus medizinischen Standards abgeleiteten Leitlinien noch unbefriedigend ist. Ihre Verbindlichkeit ist deshalb für viele Ärzte noch fragwürdig. Also bedarf auch die Entwicklung von Leitlinien der Standardisierung, um ihre Qualität so zu verbessern, daß sie als verbindliches Hilfsinstrument ärztlichen Handelns akzeptiert werden können.

Dies gilt auch für die Einführung von Leitlinien. Sie sollten jeweils auf Brauchbarkeit wie auch auf Gefahr des Mißbrauchs bzw. unerwünschte Wirkungen geprüft und wie jedes andere Instrument erst nach Validierung eingeführt werden. Für die Akzeptanz ist der Hinweis auf die begrenzte Reichweite der jeweiligen Leitlinie von Bedeutung: der Ermessensspielraum des Arztes zur Umsetzung des Krankheitsstandards über eine Leitlinie auf die aktuelle Situation des jeweils individuellen Patienten darf nicht eingeengt werden. Leitlinien dürfen nicht als blindlings zu befolgende Verpflichtungen mißverstanden werden, sondern dürfen nur „Entscheidungskorridor“ zum individuellen ärztlichen Handeln sein, von denen der Arzt im Einzelfall abweichen kann oder gar muß, allerdings mit der Verpflichtung, die Abweichung rational zu begründen.

Eine Leitlinie sollte in bestimmten Abständen überprüft werden, um ihre Aktualität sicherzustellen. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, daß Leitlinien nicht einen überholten Wissenstand festschreiben und dadurch verhindern, daß Fortschritte der Medizin dem Patienten zugute kommen. Auch sollten ihre Wirksamkeit und Folgen, insbesondere auch unerwünschte Wirkungen, darauf geprüft werden, in welchem Verhältnis der dafür benötigte zeitliche, finanzielle, und personelle Aufwand zum Ergebnis, das heißt der Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen wie der Gesellschaft insgesamt, steht (s. Grenznutzen). Erst recht ist die Evaluation der Wirksamkeit von evidenzbasierter Therapie im Hinblick auf die Qualität ärztlichen Handelns ein noch weitgehend uneingelöstes Postulat.

Nimmt man dies alles zusammen und bedenkt, daß Evidenz im definierten Sinne nur für einen bisher noch recht begrenzten Sektor aller therapeutischen (und noch weniger aller anderen entgeltspflichtigen diagnostischen, palliativen, präventiven) Verfahren (und noch viel seltener für systemische Interventionen im Gesundheitswesen) vorliegt, dann wird die Gefahr der Fehlinterpretation oder gar des Mißbrauchs dieser begrenzten Evidenz der Evidenz-basierten Medizin deutlich. Wenn nach aller Erfahrung zu befürchten ist, daß Verwaltungen sich auf einfache Formeln und Zahlen konzentrieren, dann muß die Vorläufigkeit von evidenzbasierten Leitlinien im Bewußtsein verankert werden, um den für eine individuell optimale Therapie unverzichtbaren erfahrungsbegründeten Ermessensspielraum des Arztes offen zu halten. Dies erfordert allerdings auch die Anstrengung des Arztes, diesen Ermessensspielraum durch rational begründbare Entscheidungen zu verteidigen – wogegen jedoch die Finanzierung des dafür notwendigen ärztlichen Zeitbedarfs eine hohe Hürde ist. Zunehmend wird die Anwendung medizinischer Standards auch durch eine Nicht-einwilligung des aufgeklärten Patienten begrenzt. Nicht nur rechtlich sind die Ent-

scheidungen des Patienten eine wichtige Einflußgröße für ärztliche Interventionen, sondern auch faktisch ist die Einbeziehung des Patienten in die Verantwortung für den Verlauf seiner Erkrankung, vor allem bei langdauernden und ambulant behandelten Erkrankungen, notwendig. In der Praxis dürfte ein Abweichen des Arztes von vorgegebenen Standards für seine Interventionen auch in eigenständigen Entscheidungen des Patienten begründet sein

#### *4 Schlußfolgerungen*

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist der zentrale „Ort“, an dem das gesicherte Wissen über die jeweilige Krankheit in den Kontext individuellen Krankseins umgesetzt wird. Die Qualität dieser Umsetzung wird einerseits durch Standardisierung der Gewinnung, Sicherung und Anwendung medizinischen Wissens, andererseits durch dessen Anpassung mittels ärztlicher Bewertung an die individuellen Besonderheiten des einzelnen Patienten bestimmt. Dies benötigt Zeit.

Individualisierung heißt dabei, der Bedeutung der Individualität von persönlichen Erfahrungen und Fähigkeiten jedes einzelnen Patienten wie auch des einzelnen Arztes gerecht zu werden, das heißt sie zu erfassen, für die Erkennung und Beherrschung der Krankheit wirksam zu machen und ihrer drohenden Verdrängung durch Standardisierung angemessen zu begegnen.

Die Interventionen des Arztes beim individuellen Kranken sind vielfältiger Art. Sie umfassen Diagnostik, Prävention, Therapie, Rehabilitation, Palliation und die Krankheitsforschung. Die Interventionen werden durch ihre Zielsetzung, den Bedarf, rechtliche Vorschriften, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, und nicht zuletzt durch Entscheidungen des aufgeklärten Patienten determiniert. Insbesondere das Wissen um *den* Bedarf, der aus dem Interventionsbedarf des Patienten entspringt und mit vorhandenen Interventionsverfahren nicht gedeckt werden kann, ist unzureichend und bedarf der Erforschung.

Medizinische Standards werden durch Leitlinien detailliert und aktualisiert. Diese haben den Zweck, Interventionen des Arztes beim individuellen Kranken transparent und vergleichbar zu machen, rational zu begründen und die Qualität der Interventionen nach definierten Kriterien zu sichern, kontrollierbar zu machen und zu verbessern.

Leitlinien unterliegen einer ständigen Entwicklung, ihre Einführung ist kritisch zu überprüfen, ihre Anwendung muß fortlaufend überwacht und eventuell korrigiert werden. Grenzen bei der Anwendung von Standards bedürfen einer besonders kritischen Bewertung. So ist zum einen die Vorläufigkeit und Begrenztheit des standardisierten Wissens im Auge zu behalten, um den Mißbrauch medizinischer Standards für ökonomische Zwecke zu verhindern. Zum anderen sollen und werden die Wünsche der Patienten mehr Gewicht gewinnen. Die Arbeit an diesen Aufgaben erfordert einen erheblichen und kontinuierlichen Aufwand.

Vor allem bedarf das Spannungsverhältnis zwischen Standards und ärztlichem Ermessen in der Anwendung des medizinischen Wissens beim individuellen Kranken ständig hoher Aufmerksamkeit. Gefahren der Standardisierung liegen in der Entindividualisierung, Bürokratisierung und Ökonomisierung der Arzt-Patienten-Beziehung, Gefahren der Individualisierung in privater Beliebigkeit und unzureichender Qualität ärztlichen Handelns. Die unaufhebbare Spannung zwischen Standardisierung und Individualisierung kann und sollte jedoch für die Qualitätssteigerung medizinischer Leistungen fruchtbar gemacht werden, indem Ärzte durch Ausbildung (z. B. auch in Gesprächsführung) und Ausstattung (z. B. mit Zeit und Hilfsmitteln) in die Lage versetzt werden, Wissen Patienten-orientiert zu vermitteln und qualifiziert anzuwenden. Standardisierung der Gewinnung, Bereitstellung und Anwendung von medizinischem Wissen ist nur dann als qualitätssichernde Hilfe ärztlicher Entscheidungen zu akzeptieren und zu nutzen, wenn davon jederzeit beim einzelnen Patienten im für ärztliche Entscheidungen unverzichtbaren individuellen Ermessensspielraum mit rationaler Begründung abgewichen werden kann.

### *Zusammenfassung*

Rationalität, Transparenz, Vergleichbarkeit sind Ziele ebenso wie Ursachen der Standardisierung. Rationale Differenzierung und begriffliche Präzisierung von Qualitäten und der Bedarf an Vergleichbarkeit von Phänomenen im Zeitalter von Massen (Menschen, Güter, Daten etc.) erscheinen in der Wissenschaft ebenso wie in der Wirtschaft als Triebkräfte der modernen und offenbar unaufhaltsamen Tendenz der Überführung von Qualität in Quantität. Heute wird Kranksein als komplexes Erleben überwiegend negativer Qualität mittels Zahl, Dauer und (über Skalen erfaßte) Stärke von Symptomen in operationalisierte Diagnosen überführt, die die Grundlage für Fallpauschalen bilden, oder – ein anders Beispiel – die Qualität eines Forschers wird zunehmend mehr anhand von quantitativen Indikatoren wie Impactfaktoren, eingeworbene Drittmittel etc. beurteilt. Man sollte dabei aber nicht vergessen, daß die konkreten Voraussetzungen für die Ermittlung solcher Indikatoren mehr oder weniger individuell geprägt sind, so wenn beispielsweise – wie eingangs beschrieben – das qualitative Phänomen eines erlebten Symptoms mittels sehr individuell ausgeformter Verbalisierungsfähigkeit vom Patienten in Sprache übersetzt und vom Arzt nach Maßgabe seiner individuellen Erfahrung und Fähigkeit beobachtet, beschrieben und schließlich bewertet, das heißt heute oft einem Merkmal in einer Skala zugeordnet wird.

Über die objektivierende Standardisierung hinaus sind auch andere äußere Einflüsse auf das ärztliche Entscheidungsverhalten von herausragender Bedeutung für zukünftige Auffassungen von Medizin, etwa einer mehr krankheitsorientierten technischen Medizin (mit hohen Technikkosten) oder einer stärker patientenorientierten personalen Medizin (mit hohen Personalkosten). Daraus erwächst die Bedeutung politischer

Rahmgebung für diese Einflüsse, etwa in der Honorierung technischer versus personaler Leistungen, und damit auch in der Verfügbarkeit der für sorgfältiges Arbeiten notwendigen Zeit.\*

---

\* So, wenn etwa der „AOK-Bundesverband die Direktive ausgegeben hat, daß Leitlinien nur dann als valide anzusehen sind, wenn durch ihre Befolgung die erwarteten gesundheitlichen *und ökonomischen* Resultate tatsächlich erzielt werden. Und die Ersatzkassenverbände knüpften an Leitlinien die Zusatzbedingung, daß der Arzt nur dann leitliniengerecht behandelt, wenn er ausschließlich die im GKV-Pflichtleistungskatalog enthaltenen Leistungen appliziert. Von einer ökonomischen Komponente steht aber nichts im Gesetz und auch nichts in der Begründung. ... Zu unterstellen, mit Hilfe von Leitlinien könnten sektorale Budgets auf den einzelnen Arzt „heruntergebrochen“ werden, ist eine Illusion und muß bekämpft werden.“ (Clade, H.: Medizinische Leitlinien: Keine Disziplinierung. In: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), C 1572.